

Naam: \_\_\_\_\_ Voornaam: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Invuldatum: \_\_\_\_\_  
 Uitzendbureau: \_\_\_\_\_ Functie in bedrijf van tewerkstelling: \_\_\_\_\_  
 Bedrijf van tewerkstelling: \_\_\_\_\_  
 CLB Externe Preventie identificatie (dossiernummer): \_\_\_\_\_

|   | Ja | Nee |
|---|----|-----|
| ➤ Heeft U aangeboren ziekten of afwijkingen? .....<br>Zo ja: welke? .....   | 0  | 0   |
| ➤ Heeft U vroeger ongevallen gehad met eventuele gevolgen? .....<br>Zo ja: welke? (bv.beenbreuk, hersenschudding,...) .....   | 0  | 0   |
| ➤ Heeft U ernstige ziekten doorgemaakt? .....<br>Zo ja: welke? (vallende ziekte, tuberculose, astma, ...) .....   | 0  | 0   |
| ➤ Heeft U reeds operaties ondergaan? .....<br>Zo ja: welke? .....   | 0  | 0   |
| ➤ Bent U reeds van werk of functie moeten veranderen wegens<br>Gezondheidsredenen? .....  | 0  | 0   |
| ➤ Hoe dikwijls en hoe lang was U het laatste jaar thuis wegens ziekte?<br>.....   |    |     |
| ➤ Bent U momenteel in behandeling? .....<br>Zo ja: waarvoor en bij welke dokter? .....  | 0  | 0   |
| ➤ Onderging U ooit speciale onderzoeken? .....<br>Zo ja: welke? .....   | 0  | 0   |
| ➤ Heeft U ooit ernstige arbeidsongevallen gehad?.....<br>Zo ja: welke? .....  | 0  | 0   |
| ➤ Heeft U hoogtevrees? .....  | 0  | 0   |
| ➤ Heeft U angst voor werken in besloten of kleine ruimtes? .....  | 0  | 0   |
| ➤ Heeft U bij een vorige functie als jobstudent last gehad op het werk? .....<br>Zo ja: van welke aard: .....<br>Welke functie had U toen? .....                                | 0  | 0   |
| ➤ Heeft U problemen met lang staan, gebukt-, gehurkt- of geknield werken? .....<br>Zo ja: welke? .....  | 0  | 0   |
| ➤ Heeft U moeilijkheden met het dragen van persoonlijke beschermings-<br>middelen (bv oorstoppen, oorkappen, gelaatsmasker, veiligheidsbril, helm) .....<br>Zo ja: welke? ..... | 0  | 0   |
| ➤ Heeft U last van de koude? .....  | 0  | 0   |
| ➤ Heeft U last van de warmte? .....   | 0  | 0   |
| ➤ Is uw gewicht het laatste jaar toegenomen? .....  | 0  | 0   |
| ➤ Is uw gewicht het laatste jaar afgenomen? .....   | 0  | 0   |
| ➤ Zijn er bij U allergieën gekend? .....  | 0  | 0   |
| ➤ Zo ja: welke? .....   |    |     |
| ➤ Draagt U een bril of contactlenzen? .....   | 0  | 0   |
| ➤ Neemt U regelmatig geneesmiddelen? .....  | 0  | 0   |

- Zo ja, welke? .....
- Heeft U een gevoelige huid? ..... 0 0
  - Lijdt U aan een maag- of darmaandoening? ..... 0 0  
Zo ja: welke? .....
  - Heeft U ooit een Salmonella-infectie gehad? ..... 0 0
  - Heeft U regelmatig diarree? ..... 0 0
  - Heeft U regelmatig last van hoesten, overgevoelige luchtwegen? ..... 0 0
  - Heeft U regelmatig verkoudheden of keelontstekingen? ..... 0 0
  - Heeft U regelmatig peesontstekingen? ..... 0 0
  - Heeft U neiging om vlug flauw te vallen? ..... 0 0
  - Heeft U regelmatig hoofdpijn of migraine? ..... 0 0
  - Heeft U vallende ziekte? ..... 0 0
  - Heeft U geregeld rugklachten? ..... 0 0  
Zo ja: welke? .....
  - Lijdt U aan reuma, artrose of andere gewrichtsaandoeningen? ..... 0 0
  - Heeft U geregeld nerveuze klachten of bent U vlug overspannen? ..... 0 0
  - Lijdt U aan suikerziekte? ..... 0 0
  - Heeft U vlug gezwollen voeten? ..... 0 0
  - Lijdt U aan spataders of speen? ..... 0 0
  - Zijn er gehoorstoornissen of aandoeningen van het oor? ..... 0 0
  - Voelt U zich snel kortademig bij inspanningen? ..... 0 0
  - Heeft of had U ooit aandoeningen van de nieren of het urinewegstelsel? ..... 0 0
  - Wanneer heeft U voor het laatst een onderzoek bij het MST (medisch schooltoezicht) gehad? ..... 0 0  
Werden toen afwijkingen gevonden? .....  
Zo ja: welke? .....
  - Bent U gevaccineerd tegen tetanus (klem)? ..... 0 0  
Zo ja: datum van laatste vaccinatie: .....
  - Bent U gevaccineerd tegen hepatitis A of B? ..... 0 0  
Zo ja: datum van laatste vaccinatie hep. A: ..... hep. B: .....
  - Heeft U reeds een tuberculose test gehad? (Intradermo, monovac) ..... 0 0  
Zo ja: wanneer en met welk resultaat? .....

**Ondergetekende verklaart deze vragenlijst naar waarheid te hebben ingevuld**

Handtekening :